



Lille, le - 8 NOV. 2023

Direction de la sécurité sanitaire et de la santé environnementale
Sous-direction inspection-contrôle
Mission n°2023-HDF-00276
[REDACTED]

Le directeur général de l'agence régionale de santé

à

Monsieur Yves MARLIER
Directeur, président du directoire
Centre hospitalier de Dunkerque
130, avenue Louis Herbeaux
CS 76367
59385 DUNKERQUE Cedex 1

LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSE RECEPTION

Objet : mesures correctives suite au contrôle de l'EHPAD Les Charmilles situé au 931, avenue de Rosendaël à Dunkerque (59240) initié le 28 juin 2023.

Dans le cadre du programme régional d'inspection-contrôle 2023, l'EHPAD Les Charmilles situé au 931, avenue de Rosendaël à Dunkerque (59240) a fait l'objet d'un contrôle sur pièces en application des articles L. 313-13 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF). Ce contrôle a été initié le 28 juin 2023.

Le rapport de contrôle ainsi que les mesures correctives envisagées vous ont été notifiés le 30 août 2023.

Par courrier reçu le 05 octobre 2023, vous avez présenté vos observations concernant les mesures correctives envisagées.

Au regard des éléments transmis, la mission de contrôle n'a pas apporté de modification au rapport. En conséquence, vous trouverez ci-joint les décisions finales, qui closent la procédure contradictoire.

A ce titre, je vous demande de mettre en œuvre, dans les délais fixés, les mesures correctives listées dans le tableau joint en annexe.

Le contrôle de leur mise en œuvre sera assuré, à l'ARS, par l'unité de contrôle sur pièces – sous-direction inspection contrôle, de la direction de sécurité sanitaire et santé environnementale. Ainsi, vous voudrez bien transmettre par courriel à ARS-HDF-CP@ars.sante.fr, dans le respect des échéances fixées, les documents demandés ainsi que le tableau des décisions finales complété par les délais de mise en œuvre effective des actions prévues.

Les présentes décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Pour le Directeur général
de l'ARS Hauts-de-France
et par délégation
Le Directeur général adjoint
Jean-Christophe CANLER

Pièce jointe :

- le tableau listant les mesures correctives à mettre en œuvre.

Mesures correctives à mettre en œuvre

Contrôle sur pièces de l'EHPAD Les Charmilles à DUNKERQUE (59240) initié le 28 juin 2023

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E9	L'inconstance des effectifs présents par poste horaire, en termes de nombre et de qualification des agents, ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité, ce qui ne respecte pas les modalités de l'article L311-3-3° du CASF.			
E7	Des tâches spécifiquement relatives à l'exercice de l'activité d'aide-soignant, telles que définies dans le référentiel métier de l'annexe 1 de l'Arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant et portant diverses dispositions relatives aux modalités de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, sont réalisées par des ASH ; ces glissements de tâches contreviennent aux dispositions de l'article 1 dudit arrêté selon lesquelles le diplôme d'Etat d'aide-soignant est requis pour exercer une activité d'aide-soignant sous la responsabilité d'un IDE.	Prescription n°1 : Prévoir quotidiennement les effectifs suffisants en nombre et en qualification, et notamment en UVA, afin de garantir la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents conformément aux dispositions de l'article L311-3-1° du CASF.	1 mois	
E10	En l'absence de personnel qualifié en nombre suffisant (parfois une seule AS par poste), la sécurité des résidents de l'UVA n'est pas garantie, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L. 311-3 1 du CASF.			
E16	Les conditions des soins de nursing ne sont pas satisfaisantes. La charge de toilettes par agent ne permet pas d'assurer une prise en charge et un accompagnement de qualité au sens de l'article L311-3 du CASF.			
E11	La surveillance des résidents de l'UVA la nuit n'est pas organisée, ce qui contrevient aux dispositions de l'article L311-3 1° du CASF.	Prescription n°2 : Positionner ou baser la nuit un professionnel soignant spécifiquement au sein de l'UVA.	1 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E1	En ne mettant pas en œuvre la commission de coordination gériatrique, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.	Prescription n°3 : Mettre en œuvre la commission de coordination gériatrique conformément à l'article D312-158 du CASF.	6 mois	
E15	Au jour du contrôle, chaque résident ne dispose pas d'un projet d'accompagnement personnalisé réévalué à minima une fois par an, conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	Prescription n°4 : Rédiger et mettre à jour à minima une fois par an, le projet d'accompagnement personnalisé de chaque résident conformément aux dispositions de l'article D311 du CASF.	/	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E8	Le médecin coordonnateur ne dispose pas d'une fiche poste mentionnant les missions inscrites à l'article D. 312-158 du CASF.	Prescription n°5 : Formaliser la fiche de poste du médecin coordonnateur en mentionnant les missions inscrites à l'article D312-158 du CASF, et la porter à sa connaissance.	/	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R4	Il existe une incohérence entre le temps de travail du médecin coordonnateur mentionné par la direction, et le temps de travail indiqué sur l'extrait du registre des décisions du Directeur du CH de DUNKERQUE.	Recommandation n°1 : Fournir une explication sur l'incohérence entre le temps de travail du médecin coordonnateur mentionné par la direction, et le temps de travail indiqué sur l'extrait du registre des décisions du Directeur du CH de DUNKERQUE, afin que la mission de contrôle puisse s'assurer que le temps de travail du médecin coordonnateur est conforme à la réglementation.	1 mois	
E14	Le contrat de séjour n'est pas entièrement conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF, et notamment aux dispositions instaurées par le décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	Prescription n°6 : Actualiser le contrat de séjour afin de s'assurer que son contenu est conforme aux dispositions de l'article D311 du CASF.	/	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E2	En ne disposant pas d'un projet d'établissement en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article L311-8 du CASF.	Prescription n°7 : Réviser le projet d'établissement, en y intégrant un projet de soins conformément aux dispositions des articles L311-8 et D312-158 du CASF.	9 mois	
E12	En ne disposant pas d'un projet de soins en cours de validité, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article D312-158 du CASF.			
E3	Le plan bleu n'est pas conforme aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD.	Prescription n°8 : Réviser le plan bleu conformément aux attendus de l'instruction interministérielle n°DGS/VSS2/DGCS/SD3A/2022/258 du 28 novembre 2022 relative au cadre de préparation et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles au sein des EHPAD, et au « guide d'aide à l'élaboration du plan bleu en EHPAD », avant de l'annexer au projet d'établissement conformément à l'article D. 312-160 CASF.	9 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
E4	Le règlement de fonctionnement n'est pas entièrement conforme au décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux.	Prescription n°9 : Réviser le règlement de fonctionnement conformément au décret du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux, et consulter le CVS et les instances représentatives du personnel sur le contenu actualisé du règlement de fonctionnement conformément aux dispositions de l'article R311-33 du CASF.	/	
E5	En l'absence de consultation des instances représentatives du personnel dans l'élaboration du règlement de fonctionnement, l'établissement contrevient aux dispositions de l'article R. 311-33 du CASF.			
E6	Le livret d'accueil n'est pas entièrement conforme aux dispositions de l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance.	Prescription n°10 : Préciser dans le livret d'accueil, conformément à l'instruction ministérielle du 22 mars 2007 relative au développement de la bientraitance et au renforcement de la politique de lutte contre la maltraitance : • les actions menées par l'établissement en matière de prévention et de lutte contre la maltraitance ;	3 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
		<ul style="list-style-type: none"> les coordonnées des autorités administratives (ARS et conseil départemental) ; les numéros nationaux d'écoute des situations de maltraitance. 		
E13	En ne retracant pas toutes les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents, et en n'étant pas cosigné par le médecin coordonnateur et le directeur, puis soumis à la commission de coordination gériatrique, le RAMA contrevient aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.	<p>Prescription n°11 : Formaliser le RAMA 2023 conformément aux dispositions de l'article D312-158 10° du CASF.</p>	6 mois	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R5	Les professionnels assurant l'encadrement des soins ne disposent pas d'une formation spécifique à l'encadrement.	Recommandation n°2 : Engager le personnel d'encadrement non formé dans une formation spécifique à l'encadrement.	6 mois	
R10	L'horaire de début des couchers (15h30) ne respectent pas les rythmes de vie des résidents.	Recommandation n°3 : Définir une heure de début des couchers correcte afin de garantir le respect des rythmes de vie individuels des résidents.	/	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R7	Les professionnels soignants et d'hôtellerie ne bénéficient pas de fiches de tâches.	Recommandation n°4 : Formaliser des fiches de tâches pour les professionnels soignants et d'hôtellerie (AS, IDE, ASH, etc.).	/	
R11	Dans une démarche d'amélioration continue de la qualité, l'établissement n'a pas transmis d'étude sur les délais de réponse aux appels malades.	Recommandation n°5 : Réaliser systématiquement des études sur les délais de réponse aux appels malades afin de s'assurer que les délais sont corrects.	3 mois	
R13	Les transmissions sont non informatisées, datées et signées.	Recommandation n°6 : Informatiser les transmissions.	6 mois	
R12	Les professionnels ne sont pas régulièrement formés aux transmissions ciblées.	Recommandation n°7 : Former de manière régulière les professionnels aux transmissions ciblées.		

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R8	Il n'existe pas de procédure d'admission d'un nouveau résident formalisée, conforme à la réglementation et décrivant les rôles de chacun (MEDCO, IDEC, direction, soignant, etc.) dans le processus.	Recommandation n°8 : Formaliser une procédure d'admission, en y intégrant toutes les dispositions réglementaires (cf. page 27 du rapport de contrôle).	/	
R9	Les modalités d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé ne font pas l'objet d'une procédure formalisée représentant clairement le processus et le rôle de chaque catégorie professionnelle.	Recommandation n°9 : Formaliser une procédure d'élaboration des projets d'accompagnement personnalisé, en précisant les rôles de chaque catégorie professionnelle.	/	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R14	L'établissement ne dispose pas de protocole relatif au circuit du médicament en EHPAD, et à la prévention de l'incontinence.	<p>Recommandation n°10 : Formaliser les protocoles / procédures liés aux prises en charge spécifiques des résidents en EHPAD, sur les thématiques suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le circuit du médicament en EHPAD ; • la prévention de l'incontinence. 	3 mois	
R3	Il n'existe ni de procédure ni de livret d'accueil dédié à l'intégration des nouveaux salariés.	<p>Recommandation n°11 : Formaliser une procédure d'accueil du nouvel arrivant et un livret d'accueil du salarié à destination des professionnels de l'EHPAD.</p>	6 mois	
R6	L'établissement a précisé un taux d'absentéisme des équipes élevé sans préciser les raisons et les actions mises en place pour y remédier.	<p>Recommandation n°12 : Étudier les causes du taux d'absentéisme des équipes, identifier des leviers d'amélioration et mettre en œuvre un plan d'actions.</p>	/	

Écarts (E) et remarques (R) figurant dans les encadrés du rapport d'inspection		Prescriptions (P) / Recommandations (R)	Délai de mise en œuvre	Date de mise en œuvre effective (zone réservée pour le suivi de la mise en œuvre des mesures)
R1	L'organigramme ne mentionne pas toutes les catégories de professionnel exerçant au sein de l'établissement.	Recommandation n°13 : Réviser l'organigramme en y intégrant toutes les catégories de personnel, et en valorisant les liens hiérarchiques et fonctionnels.	3 mois	
R2	Des feuilles de présence ne sont pas systématiquement signées lors des sensibilisations en interne, ce qui ne permet pas de les valoriser.	Recommandation n°14 : Faire signer systématiquement lors des formations et des sensibilisations des feuilles de présence.	3 mois	